Lane Medical Library

Aus dem Zahnärztlichen Institut der Ludwig-Maximilians-Universität München (Vorstand: Prof. Dr. P. Kranz).

Die Psychologie in der Zahnbehandlung des Kindes

INAUGURAL-DISSERTATION

verfaßt und

einer Hohen Medizinischen Fakultät

der

Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München.

zur

Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde

vorgelegt von

Anton Lauerer

aus Planegg.

Würzburg 1934.

Buchdruckerei Richard Mayr

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität München.

Referent: Professor Dr. Fritz Faber.

Tag der mündlichen Prüfung: 12. März 1934.

Die Psychologie, v. griech. psyche = Seele, also Seelenlehre ist die Wissenschaft, die sich mit der Erforschung der inneren, der seelischen Erscheinungen beschäftigt.

Die Aufgabe der Psychologie ist es die Formen und Gesetze der mannigfachen Verknüpfung der Seelenzustände zu ermitteln; diese wird durch den Umstand besonders erschwert, daß in der seelischen Innenwelt keine beharrlich und unabhängig voneinander existierenden Elemente, wie die Atome der physischen Welt, sich vorfinden, sondern alles in ständigem Flusse begriffen ist und daß es kein beziehungsloses Nebeneinander gibt, wie bei den Dingen im Raum, sondern alle gleichzeitig vorhandenen inneren Bestimmungen in innigster Wechselbeziehung stehen. Hiezu kommt weiter noch die Tatsache, daß für das innere Geschehen nicht nur der augenblicklich vorhandene Seelenzustand, sondern auch die Gesamtheit aller Vorerlebnisse, also die ganze Vergangenheit des Individuums mitbestimmend ist.

Während nun der erwachsene Mensch durch verstandesmäßiges Denken die psychischen Vorgänge kontrolliert, evtl. beherrscht, fehlt dem Kinde diese Fähigkeit; es unterscheidet sich also die kindliche Psyche vom Seelenleben des Erwachsenen und kann dazu nicht direkt in Beziehung gebracht werden.

Das Kind strebt nach Eindrücken, die ihm angenehm sind, es wehrt ab, was ihm unangenehm ist. Weiß ein Kind nicht, ob etwas angenehm oder unangenehm ist, so ist die völlig fremde Umgebung dafür ausschlaggebend, daß es eher etwas Unangenehmes, ja eine Gefahr vermutet; hier äußert sich dann primitiv und in kindlichen Formen das Gefühl der Angst. Das Kind will das drohende „Unangenehme" abwehren.

Man muß sich doch vorstellen, daß schon die Erwartung von etwas Unbekanntem und in den gewohnten Vorstellungskreis nicht Hineinpassendem das Kind ängstigen muß. Es tritt noch die Phantasietätigkeit des Kindes hinzu, indem es sich die möglichen Schrecken einer Behandlung, die noch dazu an Zähnen vorgenommen werden soll, mit besonderer Intensität ausmalt, was seine Abwehrstellung verstärkt.

Es wäre daher gut, wenn das Kind den Zahnarzt vor Vornahme irgendwelcher operativer Maßnahmen kennenlernen würde und dadurch Vertrauen zu ihm gewinnen würde. Die Frage der meisten Eltern: „In welchem Alter kann ich Ihnen mein Kind zur Behandlung bringen?" kann nur dahin beantwortet werden: „Kein Alter ist zu

jung!" Man muß sich dabei immer vor Augen halten, wie frühzeitig die Karies an den Zähnen schon beginnen kann. So wurden kürzlich in Birmingham 7000 Kinder zwischen 18 Monaten und 5 Jahren untersucht und von den unter 2 Jahren alten Kindern hatten schon 2,3% defekte Zähne und der Prozentsatz stieg bis auf 52,3% in dem Alter von 4—5 Jahren. (Tholuck).

Daß die Psychologie in der Kinderpraxis eine wichtige Rolle spielt, wird nicht bestritten; denn letzten Endes hängt von ihr der Erfolg der zahnärztlichen Bemühungen ab. Jeder von uns weiß, daß die Diagnosestellung und die Behandlungsmöglichkeiten im hohen Grade mit von der Intelligenz des Patienten abhängen. Je weniger uns der Patient bei unseren diagnostischen und therapeutischen Bemühungen unterstützen kann, umsomehr werden z. B. konservierende Maßnahmen abgedrängt zu Gunsten der Extraktionen und es ist ohne weiteres klar, daß bei passivem oder aktivem Widerstand die Sorgfalt der Kavitätenpräparationen und damit auch die Haltbarkeit der Füllung leidet. Aus diesen Andeutungen wird also ersichtlich unter welch ganz anderen Voraussetzungen die zahnärztlichen Arbeiten am Kinde auszuführen sind.

Die Psychologie also, diese Teilwissenschaft der Heilkunde, begleitet uns bei allen unseren Berufshandlungen; sie ist in der Lage den Zahnarzt über die Enge seines Berufslebens hinauszuheben in das Gebiet der praktischen Zahnbehandlung und ihm auf diese Weise eine höhere Auffassung von seinen Berufspflichten zu eröffnen.

Unwillkürlich wird der kinderpsychologisch nicht gebildete Fachmann im Gespräche mit den kleinen Patienten, deren mangelnde Verstandesentwicklung übersehen und das Kind durch Vernunftsgründe überzeugen wollen; dieses Unterfangen ist genau so als sich mit ihnen in einer fremden Sprache, die sie nicht verstehen, unterhalten zu wollen. Man muß das Kind nehmen, wie es ist und nicht wie man es gerne hätte. Wer sich die Mühe gibt und versucht sich in die Welt unserer Kleinen zu versetzen, gleichsam das Kind aus der Kinderperspektive zu beobachten, dem muß die Zahnbehandlung zum Problem werden, das er mit größter Gewissenhaftigkeit und einer Riesengeduld lösen muß. Kinderbehandlung erfordert viel mehr Zeit als die Behandlung Erwachsener und sie erfordert auch viel mehr Nerven. Wer es nicht versteht mit dem Kinde umzugehen und die besonderen Bedingungen nicht erfüllen kann oder will, die zur erfolgreichen Kinderbehandlung nun einmal gehören, der hat dem Kinde für lange Zeit hinaus die Lust an der Zahnbehandlung genommen.

Wer die Jugend hat, hat die Zukunft; denn aus kleinen Patienten werden auch einmal große und es ist viel Wert, wenn unsere zahnleidenden Mitmenschen schon von klein auf an regelmäßige Zahnbehandlung und Untersuchung gewöhnt werden.

Viel Ausdauer und Geduld muß man also zur Behandlung der kleinen Patienten mitbringen; diese Aufgabe erschöpft sich nicht darin, daß man die Behandlung um jeden Preis durchführt, gleichgültig unter welchen Bedingungen, sondern daß man der kindlichen Psyche in jedem Fall gerecht werden muß um zu verhindern, daß sich im kindlichen Bewußtsein die Zahnbehandlung als ein schreckliches, peinigendes Erlebnis festsetzt. Wem also am sofortigen Erfolge liegt, hat die ihm gestellte Aufgabe nicht voll erfaßt.

Man bedenke doch, welch hohe Bedeutung eine richtig durchgeführte Kinderbehandlung für den jungen Menschen besitzt. Die Zahnbehandlung ist aller Schrecken entkleidet, sie ist nichts furcht- und angsterregendes mehr. Der junge Patient wird sich später, wenn auch natürlich nicht gerade gern, so doch immerhin nicht beladen mit den Gefühlen der meistens unbegründeten Vorurteile in die Behandlung begeben. Unserem Verhalten dem Kinde und Jugendlichen gegenüber kommt also eine hohe erzieherische Bedeutung zu.

Kinder gewöhnen sich schnell an verzärtelnde Behandlung, so daß sie sich jedem Erwachsenen gegenüber ablehnend verhalten, der ihnen nicht entsprechend entgegentritt. Die gefährlichste Haltung gegenüber dem Kinde ist die von oben herab, die Fremdheit, Kälte und Furcht erzeugt und wer sich selbst-kritisch beobachtet, wird zugeben müssen, daß er nach anfänglicher kurzer Behandlung in Güte sehr leicht in solches Verhalten gerät. „Man hat nicht immer die Nerven, das aufgeregte und störrische Wesen des Kindes zu ertragen". Es reißt sehr bald die Geduld, und hier liegt das Geheimnis der Behandlung von Kindern: Die Geduld darf eben nie reißen! Die psychische Behandlung des Kindes muß so eingerichtet werden, daß Angst, Furcht, Weinerlichkeit und selbst Widerspenstigkeit als völlig selbstverständlich und nicht als überraschend erscheinen.

Als gewisse Typen von Kindern, wie sie vor uns in Erscheinung treten, möchte ich einige, da sie immer wiederkehren, besonders kennzeichnen. Selbstverständlich sind diese Erscheinungen selten ganz rein zu beobachten, sie vermischen sich häufig miteinander.

Das traurige Kind ist still, verschlossen und abwehrend; die Stimme leise und gedämpft; die Antworten erfolgen langsam und zögernd manchmal überhaupt nicht.

Das empfindlich, übelnehmerische Kind ist immer leicht gekränkt und empfindet schon ein ernstes Gesicht und auch den leisesten Vorwurf sehr bitter. Die Empfindsamkeit ist oft mit Sentimentalität gemischt, woraus eine erhöhte Reizbarkeit resultiert.

Die Stimmung des launenhaften Kindes kann schon durch die geringste Veranlassung und zwar nach entgegengesetzten Richtungen hin beeinflußt werden; es kann abwechselnd herrisch und bescheiden, weinerlich und heiter, aber auch schnell nachgiebig gestimmt werden.

In einer Art Schrecken- und Erwartungsangst vor dem Ungewissen, gepaart mit der Vorstellung der Lage nicht gewachsen zu sein, lebt das überängstliche Kind.

Es gibt ausgesprochen boshafte und jähzornige Kinder, bei denen größte Güte nichts nützt; sie zeigen abnorme Reizbarkeit, erstaunlichen Eigensinn und beim geringsten Anzeichen einer ihnen unfreundlich erscheinenden Behandlung geraten sie in sinnlose Wut, stampfen mit den Füßen, stoßen um sich, schlagen mit geballten Fäusten und werfen sich auf den Boden; sie geraten wie man sagt außer Rand und Band. Interessant ist hierbei, daß es aber auch bei Kindern einen simulierten Jähzorn gibt, den man sogar sehr häufig beobachten kann, wenn man diese unliebsame Erscheinung studiert: Das Kind stellt sich zornig, weil es früher bei verschiedenen Gelegenheiten im Elternhaus die Erfahrung gemacht hat, daß ihm dann sein Wille geschieht. So redet und strampelt sich dann das Kind in einen Zorn hinein und hier ist dann der bedauerliche Fall gegeben, daß sich ein Kind zum Tyrannen entwickelt.

In dem Augenblick wo ein Kind zum Zahnarzt kommt, gerät es auch unter den Einfluß des Raumes, der ihm aus ernsthaften und humorvollen Darstellungen, aus schaudererregenden Berichten seiner Schulkameraden, vielleicht auch auf Grund eigener Erlebnisse als „Ort der Qual" geläufig ist. Mit dieser Einstellung muß man vor allem bei den neu zu einem kommenden Patienten rechnen.

„Bitte!" Lautlos hat sich eine Schiebetür geöffnet und im Türrahmen ist eine weißbemantelte Gestalt sichtbar geworden und lädt zum Eintritt in den Operationsraum ein. Der Schritt über diese Schwelle bedeutet einen psychisch äußerst gesättigten Augenblick; es ist daher falsch, wenn die Person welche die Tür öffnet, einen weißen Kittel trägt und mit wichtigtuerischer Miene den kleinen Patienten empfängt; denn dadurch bekommt er keinen beruhigenden Eindruck. Die Türöffnerin soll statt dem ärztlichen weißen Mantel, lieber das harmlosere Zivilkleid anhaben.

Die Erscheinung, die man als Wartezimmerpsychose bezeichnen kann, tritt bei vielen Kindern jetzt in erhöhtem Maße auf, entweder derart, daß es eine Steigerung des Schmerzes empfindet oder wie es meist der Fall sich aus lauter Angst über den Schmerz hinwegzutäuschen sucht. Aeltere Kinder werden an sich das Gefühl der Entspannung entdecken, wenn nach dem beengendem Druck der Erwartungsunlust, die aus Angst, Wartenervosität und Schmerz erwuchs, nunmehr die Behandlung beginnt. Es wirkt dies dann wie eine Erlösung.

Diesem erlösendem Gefühl weitere Nahrung zu geben, dem noch Erregten aber Beruhigung zu vermitteln, ist die erste Aufgabe des Behandelnden. Jeder erleichtert sich seine Arbeit, wenn er jetzt mit sicherem Gefühl und Blick die psychische Situation gerade jedes

einzelnen Besuchers richtig abschätzt und ihm durch Blick, Wort und das ganze Fluidum seiner Persönlichkeit den Schritt zum Operationsstuhl nicht nur erleichtert, sondern zur Selbstverständlichkeit macht.

Oefters wird es nun vorkommen, daß so ein Knirps strampelnd und schreiend zur Behandlung gebracht wird; man sieht das verweinte, erbarmenheischende Gesichtchen, aus dem eine höllische Angst spricht. Wer würde da nicht alles dareinsetzen, um das Kind zu beruhigen und ihm seine unbegründete Angst zu nehmen? Mit einer kleinen originellen Nascherei, mit Bildchen, Bilderbüchern und dergl. und um es vertrauter zu machen mit allen möglichen harmlosen Fragen, wird man mehr oder weniger rasch eine Ablenkung erzielen und so erreichen, daß der kleine Bub oder das kleine Mädel kaum mehr an Grund und Zweck seines Besuches denkt.

So liegt es auf der Hand, daß der Kinderzahnarzt sprechen und immer wieder sprechen muß. Einmal lenkt er das Kind von der Beobachtung der ärztlichen Handlung ab und zum anderen wird er ein etwa aufkommendes Angstgefühl durch eine verständliche Erläuterung aller Handgriffe schon im Entstehen vernichten. Denn unsere Handgriffe, die dem Kinde fremd sind, erfüllen es eher mit Mißtrauen, wenn sie stumm und heimlich verrichtet werden, als wenn ihnen ohne Befragen eine Erklärung beigegeben wird. (Gebhardt).

An Stelle von Theorie treten also jetzt Praxis, Pädagogik und psychologisches Feingefühl und ganz besonders möglichst „schmerzlose" Behandlung als Hauptbedingung.

„Schmerzlos" das ist die Hauptsache, denn die schönste Hoffnung auf Erfolg und die Kunst der Ueberredung versagen, wenn der kleine Patient Schmerzen empfindet oder gar gequält wird und das ist ein Punkt, warum der Behandelnde trotz aller Psychologie nie sein ganzes Ziel erreicht. Diese unumgängliche Notwendigkeit „schmerzlos" ist mehr als alles, was den Erfolg sichert. Allerdings muß der Behandelnde um das Vertrauen des Kindes zu besitzen, Psychologie und Ueberredungskunst anwenden. Da drei fundamentale Empfindungen dem Kinde angeboren sind: Furcht, Zorn und Liebe, von denen die Furcht diejenige ist mit der der Zahnarzt zu rechnen hat, ist es seine Pflicht betont herzlich dem kleinen Patienten gegenüberzutreten und ihn sehr schnell durch harmlose und bestimmt nicht schmerzende Eingriffe davon zu überzeugen, daß seine Furcht unbegründet ist, indem man durch Scheinbehandlung die Schmerzlosigkeit des Eingriffes auffällig demonstriert.

Eine wirklich in den Grenzen der Möglichkeiten liegende Ausschaltung des Schmerzempfindens, läßt sich ebenso wie eine kurze Behandlungszeit, natürlich umso eher erreichen, je mehr die Eltern darauf bedacht sind, ihre Kinder möglichst frühzeitig der Zahn-

behandlung zuzuführen, denn je kleiner der Defekt, desto harmloser ist die Behandlung.

Es liegt auch im Sinne der Behandlungsbereitschaft, jetzt, wo schon eine erregte Spannung vorhanden ist, alles zu vermeiden, was das seelische Gleichgewicht noch weiter stören könnte. Der Inbegriff eines Marterinstrumentes die Zahnzange muß aus dem Blickfeld des kleinen Patienten verschwinden; der Stolz des Fachmannes eine reichhaltige spiegelblanke Zangenserie muß unsichtbar im Instrumentenschrank untergebracht werden. Alle Instrumente, die zur Untersuchung gebraucht werden, liegen griffbereit. Das Oeffnen des grausigen Schrankes kann eine für den ganzen Behandlungsgang ungünstige Wirkung auslösen.

Eine ähnliche psychische Belastung bedeutet die Unsitte zeichnerische und plastische Darstellungen kariöser Zähne oder krankhafte Mundveränderungen aufzuhängen.

Anders ist es mit Apparaturen, wie Röntgenapparat und Höhensonne; sie erhöhen die Suggestionswirkung vor allem bei älteren Kindern. Man achte nur auf die Urteile, die man im Bekanntenkreise über einen Zahnarzt hören kann: Gleich nach der „schonenden Behandlung" wird die „fabelhafte Einrichtung" erwähnt. Sie wirkt schon durch ihr bloßes Vorhandensein, obwohl oder gerade weil der kleine Patient die Anwendungsmöglichkeit und deren Grenzen nicht kennt. Er hat das Gefühl, daß dem Behandelnden noch geheimnisvolle Kräfte zur Verfügung stehen. Man gibt so dem ängstlichen Kind, dem der Weg zum Zahnarzt einen sehr schweren Gang bedeutete, die Beruhigung: hier liegt eine Fülle von Möglichkeiten, auch mir zu helfen.

Die Veranlagung der Kleinen ist ja so vielseitig, daß wohl jeder mit etwas gutem Willen das richtige findet um ihre Aufmerksamkeit auf sich zu lenken; der Behandelnde soll als Freund der Kleinen geachtet und nicht als Peiniger gemieden und gefürchtet werden.

Niemals versuche man Kinder falsch zu unterrichten oder zu belügen, wenn man schon sagt: „nun mach mal schön auf, es tut ja nicht weh". dann darf man den Glauben des Kindes daran nicht zerstören, sondern soll dann lieber eine Scheinbehandlung durchführen. Um dem Kind die Angst vor der Person und dem Instrumentarium zu nehmen, läßt man die Bohrmaschine laufen und kratzt mit irgend einem Instrument am Zähnchen herum und gewinnt so Ueberblick über die ganzen Mundverhältnisse. Die verlorene Zeit wird sich bei der weiteren Behandlung unbedingt bezahlt machen.

Ist wirklich eine Extraktion nötig, so darf man dem Kinde vorausgesetzt, daß es uns voll vertraut, ruhig sagen, daß wir das Zähnchen jetzt entfernen, was sicher nicht viel weh tun wird, weil man es ganz langsam und vorsichtig macht; denn schnelle Extraktionen wirken auf die Kinder sehr schreckhaft. Ist eine Injektion nötig oder er-

wünscht, so mache man die Injektionsstelle gefühllos. Tholuck empfiehlt hier bei Kindern Jodakonit. Man verwende selbstverständlich eine dünne und scharfe Nadel. Bei schon etwas älteren Kindern, die große Angst vor der Zange haben, ist es angebracht, bei den mehr oder weniger stark resorbierten Milchzähnen von Fall zu Fall einen Hebel zu benützen, denn nicht selten kommt es vor, daß Kinder, denen früher Zähne mit dem Hebel extrahiert wurden, zu uns kommen und bitten doch ja nicht die Zange, sondern das andere Ding zu nehmen, weil das beim letzten Mal gar nicht schlimm war.

Für viele Fälle ist der entsprechende Hebel der Geißfuß. Man kann ihn einmal vollkommen unsichtbar für den kleinen Patienten in der Hand verschwinden lassen, auch bedingt er keine so starke Mundöffnung, wie das bei einer Extraktion mit der Zange notwendig ist, um mit Erfolg angewandt zu werden. Der Geißfuß kann zweckmäßiger Weise auch in gewissen Fällen bei der Entfernung von Milchzähnen Verwendung finden, wenn sie auch noch mit der Zange faßbar sind. Die Zange würde nämlich durch die beiderseitige Umfassung des Zahnes doch einmal eine Entfernung des bleibenden Zahnkeimes bedingen; durch die Kippung des Zahnes aber mit dem Hebel, weicht man dieser Gefahrenzone aus. Hierauf hat vor allem mit besonderem Nachdruck Berten hingewiesen.

Um das nach einer Extraktion immer auftretende Geschrei des Kindes, das auch durch die gepolsterte Sprechzimmertüre von den wartenden Patienten gehört wird und auf diese nicht gerade ermunternd wirkt, nach Möglichkeit zu mindern, ist es ratsam, wenn man sofort nach dem Eingriff ein bereit gehaltenes Glas Wasser an den Mund des Kindes bringt, um es spülen zu lassen. Durch diese Ablenkung denken die Kinder nicht mehr an den gemachten Eingriff und „vergessen" das Schreien.

Instrumente, die in einer Desinfektionslösung gelegen sind, müssen besonders sorgfältig abgetrocknet sein; denn es wäre nicht das erstemal, daß ein Kind anfängt fürchterlich zu schreien, nur weil eine Spur der Desinfektionslösung in vorhandenen Mundwinkelrhagaden etwas brennt. (Gebhardt).

Natürlich sind nicht nur die rein geistigen Fähigkeiten, sondern auch die Beherrschung des Körpers beim Kinde wesentlich weniger entwickelt, als bei den meisten Erwachsenen. Man soll daher die Kinder auf die Behandlung nicht zu lange warten lassen, denn bei längerem Warten werden sie unruhig und das Angstgefühl wird gesteigert.

Ebenso kann der Mund des Kindes bei der Untersuchung als auch bei der Behandlung nicht übermäßig lang offen gehalten werden, denn ein Kind tut sich auch hierin schwerer wie ein Erwachsener.

Bei der Behandlung soll man möglichst das Kind ablenken von vielleicht ernsteren Dingen, die noch kommen sollen; so z. B. ist be-

liebt das Spiel mit dem kleinen Patienten Fahrstuhl zu fahren, also den Sitz hochzupumpen und dann das Kind über einzelne „Stockwerke" bis zum Parterre herabzulassen.

Will man jedoch eine bestimmte Partie möglichst von Speichelbenetzung frei halten, hat man also z. B. eine Kavität trocken gelegt, so soll man nie an irgend jemand im Zimmer eine Frage richten und vor allem sollen Themen, die das Kind stark interessieren, zu diesem Zeitpunkt nicht berührt werden. Wenn gerade ein Aufmarsch der SA oder Hitlerjugend gewesen ist, oder ein besonderer Film lief, oder es war gerade Jahrmarkt oder ein Zirkus war da, dann mischt sich ein Kind während der Behandlung, auch ohne gefragt zu sein, zu leicht unerwartet ins Gespräch. (Gebhardt).

Bei der Kinderbehandlung soll man auch scharfriechende Medikamente möglichst ausschalten, weil der Geruch das Kind irritiert; auch soll das Behandlungszimmer nicht zu sehr mit solchen Gerüchen beladen sein. Ein Zersteuber könnte auch schon die Luft im Vorraum verbessern, wo es oft schon nach „Zahnarzt" riecht.

Der viel beschäftigte Praktiker sollte nie am Ende seiner Sprechstunde Kinder behandeln, sondern besondere Zeiten festlegen; während dieser Zeit stellt er sich dann ganz auf die Behandlung der Kinder ein. An Stelle des weißen Mantels kann man dann sehr gut eine Jacke oder einen gelblich bis braun getönten Mantel tragen. Wie weit heute schon eine Buntheit von Farben in der ärztlichen Behandlung eine Rolle spielt, zeigt ein Bericht von der Weltausstellung 1933 in Chicago. Dort gehörten zu den meist bewunderten Ausstellungsobjekten nicht ohne Grund zwei Operationssäle, einer für einen Chirurgen, der andere für einen Zahnarzt. An Stelle nüchtern weißer Wände und Decken sind beide Räume in den lebhaftesten Farben gehalten und mit den Bildern von Eichhörnchen, Füchsen, Papageien, Schwänen und Märchengestalten wie Rotkäppchen, Elfen usw. dekoriert. Ein chirurgischer Operationssaal, in derselben Ausstattung existiert bereits im Barnes Krankenhaus in St. Louis und soll auf die Patienten die denkbar besten psychologischen Wirkungen ausgeübt haben. Wie die Aerzte berichten, sind die Patienten beim Betreten des bunten Operationssaales so überrascht, und von den wechselvollen Bildern so gefesselt, daß sie ihre Angst weitgehend vergessen; und so von ihrer Krankheit abgelenkt werden. Von dem gleichen Gedanken geht auch der Operationssaal des Zahnarztes aus. Noch interessanter als der Operationssaal selbst ist aber hier das Wartezimmer, dessen Einrichtung in erster Linie für Kinder bestimmt ist. Der Raum ist das Muster eines Spielzimmers; er ist mit Projektionsapparat, Bilderbüchern, Bausteinen und anderem Spielzeug ausgestattet.

Kommen die Kinder mitten in der Sprechstunde, so nehme man bei bestehenden sehr starken Schmerzen nur die allerdringlichste Ar-

beit vor, sonst mache man nichts weiter, als mit dem Kinde zu scherzen und es so oft wie möglich mit seinem Rufnamen anzusprechen. Hierdurch bekommt man erst ein wenig Kontakt mit dem jungen Wesen, das Kind fühlt, daß wir eigentlich „sehr nett" sind und ihm ja gar nicht weh tun wollen. Das ist die erste Etappe zum Herzen des Kindes.

Die Wiederbestellung soll zu einem Zeitpunkt erfolgen, da das Kind ausgeschlafen hat und ruhige Nerven besitzt; also am besten zu Beginn der Vormittagssprechstunde; der Begleitung gibt man einige Beruhigungstabletten für das Kind mit, die ihm zu Hause verabreicht werden, bevor es das nächste Mal wieder erscheint. An solchen Präparaten, die beruhigend auf das Zentralnervensystem wirken, ist kein Mangel. Sie können meist in entsprechenden Dosen auch kleinsten Kindern gefahrlos gegeben werden.

Auch soll man bei den Kleinen nicht zu lange Zeit behandeln, sondern dieselben lieber öfters bestellen; man hält sich dann immer im Papier eingewickelte Bonbons oder Schokolade, ebenso Zigarettenbilder, die jetzt ein sehr begehrter Artikel sind, vorrätig. Es sind dies kleine Lockmittel, die ihre Wirkung fast nie verfehlen; überhaupt, wenn die Behandlung die ersten paarmal schmerzlos vorübergegangen ist, wird dann das gegenseitige Vertrauen hergestellt.

Gewiß, es wird die Behandlung des Kindes, selbst bei Aufwand größter Mühe und Geduld, besonders dann, wenn es unter starken Schmerzen leidet, unter dem Zwange der Verhältnisse sich vollziehen müssen. Man läßt aber im eigenen Interesse nichts unversucht, um die Umstände, unter denen sich diese Vorgänge abspielen, für das Kind erträglich zu gestalten. Jeder Fachmann muß es selbst als beschämend empfinden, wenn sich die Behandlung etwa wie ein Tierbändigungsversuch abspielt, der dann auch selbstverständlich einen ungünstigen Eindruck bei der Begleitperson hinterlassen muß. Es ist eben oft auch eine Frage des Alters des Kindes, ob es überhaupt allein den Weg machen kann; dann dürften es stets die Eltern sein, die auf der Begleitung des Kindes bestehen.

Wenn schon Begleitung, dann sollte der Behandelnde darauf Einfluß nehmen, daß derjenige Elternteil das Kind begleitet, an den es sich am meisten gebunden fühlt. Man kann auch dann noch versuchen, daß die Begleitperson im Wartezimmer bleibt und nicht in das Sprechzimmer hereinkommt; sie stört nur den Behandlungsgang durch Bemerkungen, indem sie in ihrer übertriebenen Angst und Sorge für das Wohl ihres Sprößlings glaubt ihn zu trösten und zu beruhigen, wenn sie fortwährend beteuert: „Kind ich würde es ja gerne für Dich aushalten, aber es geht eben nicht; Du darfst es nicht so schwer nehmen, Du machst Dich sonst ganz nervös und mich auch; geh sei klug, Du bist doch sonst ein so kluges Kind, usw." Eine solche Begleitung ist imstande, auch das mutigste Kind ängst-

lich und nervös zu machen, deshalb müssen wir den Begleiter bitten, uns mit dem Kind allein zu lassen.

Für ein gut erzogenes Kind, das zum ersten Mal zur Zahnbehandlung erscheint, wird es trotz der Angst vor den kommenden Ereignissen, in denen es nur zu leicht irgend eine Gefahr wittert, eine große Beruhigung sein, wenn Vater oder Mutter, die ihm ja den Inbegriff der Sicherheit darstellen, ganz nahe bei ihm sind. Diese Kinder gehören dann, wenn sie sich von der Harmlosigkeit der Behandlung überzeugt haben, zu den ersten, die sich ohne Begleitung zu uns wagen.

Zweckmäßig wird immer das unartige boshafte Kind, das seinen Willen immer durchsetzen und keine Autorität anerkennen will, ohne Begleitung behandelt; denn wenn ein Kind bei der Behandlung ohne die übliche Umgebung ist und es merkt, daß wir auf seine tyrannischen Gelüste nicht reagieren, wird es manchmal doch noch zu einem einigermaßen befriedigendem Verlauf der Sitzung kommen. Allerdings wird sich die Behandlung an diesen Kindern nicht in der von uns angestrebten Weise vollziehen.

Die Arbeitsbedingungen liegen also psychologisch günstiger, wenn wir das Kind bewegen können, ohne jede Begleitung zu uns wieder zu kommen. In diesem Fall fühlt das Kind während seiner Anwesenheit in der Praxis in uns seinen Beschützer und Vertrauten. Und wer würde nicht so einem Buben oder kleinen Mädchen Zärtlichkeit entgegenbringen und damit das Herz des Kindes erobern? Das dürfte der schönste Erfolg unserer Bemühungen sein, wenn sich die kleinen Patienten ganz ohne Begleitung zu uns wagen. Dann haben wir die erzieherische Aufgabe gelöst und die Legende zerstört, als müsse die Zahnbehandlung einer mittelalterlichen Folterung gleichkommen; noch dazu, wo die Kinderbehandlung für viele Eltern der Prüfstein für die Tüchtigkeit des Praktikers ist. Durch Ungeschicklichkeit und mangelnde Einsicht in die Bedeutung solcher Behandlungen mag sich mancher schon viel verscherzt haben. Letzten Endes soll, wie schon hervorgehoben, die Behandlung von Kindern vom Standpunkte der Verantwortung aus betrachtet werden, insofern, als wir daran mitarbeiten müssen, die irrige Vorstellung, die sich heute noch weite Kreise des Publikums von der Zahnbehandlung machen, zu korrigieren.

Als allgemein gültige Regel läßt sich also aufstellen, daß eine erfolgreiche Behandlung nur dann möglich wird, wenn es gelingt, das Vertrauen des Kindes zu gewinnen. Wir müssen von vornehereir daran denken, daß die ungewohnte Umgebung des Behandlungsraumes auf die Kinderseele einen Reiz hervorruft, der bei dem meist noch nicht folgerichtigen kindlichen Denken zu unklaren Vorstellungen über das Kommende führt. Es empfiehlt sich also, wo es nur irgend möglich, stets mit den leichten und sicherlich nicht schmerz-

haften Maßnahmen zu beginnen und unangenehme Eingriffe erst dann vorzunehmen, wenn das Kind durch das inzwischen gewonnene Selbstvertrauen seelisch fähig ist. Hierbei ist es ganz falsch, ein Kind mit einem plötzlichen, wenn auch noch so kurzen Schmerz, zu überrumpeln. Im übrigen gilt es streng zu individualisieren. Die meisten Kinder können durch Ruhe und Freundlichkeit gewonnen werden. Die vorherige Erklärung der bevorstehenden Behandlungsmaßnahmen und die Versicherung, daß sie mit möglichst wenig Schmerzen ausgeführt werden, bringen uns bei der Mehrzahl zum Ziel; niemals darf man die Kinder aber belügen, denn sonst ist es vorbei mit dem Vertrauen.

Sehr viele Kinder sind eitel und möchten sich hervortun. Sie ertragen selbst Schmerzen leicht, wenn sie dadurch in den Augen der Kameraden steigen; dadurch lassen sie sich in Gesellschaft anderer Kinder sehr gut behandeln.

In vielen Fällen hilft das Beispiel, wie Tholuck in seiner Schulzahnpflege schreibt: „hat man das erste Kind einer Klasse gewonnen, so hat man gewöhnlich die ganze Klasse gewonnen".

Bei widerspenstigen Kindern ist es wichtig in jeder Sitzung wenigstens etwas zu erreichen; dann kommt man mit der nötigen Beharrlichkeit schließlich auch bei ihnen zum Ziel.

Wesentlich für unser Handeln ist noch die Altersstufe:

Bei kleinen Kindern bis zu 3 oder 4 Jahren wird man durch Ablenkung meist Erfolge haben, dagegen ist suggestive Beeinflussung zwecklos.

Bei Kindern von 4 bis 7 Jahren empfiehlt sich möglichste Schmerzausschaltung, da in diesem Alter jeder schmerzhafte Eindruck, jede Aufregung seelisch nachzuklingen pflegt. Bei älteren Kindern ist suggestive Beeinflussung wichtig. Wir müssen jedoch bei dieser Altersstufe damit rechnen, daß die Kinder zu Uebertreibungen neigen, die für den Zahnarzt, namentlich wenn in der Pubertätszeit, vor allem bei eventuell anzuwendenden Narkosen oder eines auftretenden Kollapses, ein erotischer Einschlag hinzukommt, unangenehm werden können. Der beste Schutz hiergegen ist die ständige Anwesenheit der Gehilfin im Behandlungszimmer.

Von der Einwirkung der Eltern im Interesse der Behandlung ist nicht allzuviel zu erwarten: Bei gutartigen Kindern kann sie uns gelegentlich unsere Arbeit erleichtern; sind die Eltern dagegen aufgeregt ängstlich oder über das Verhalten ihres Kindes erzürnt, so wird ihre Anwesenheit im Sprechzimmer mehr Schaden als Nutzen stiften.

Für den täglichen Umgang mit Kindern vom Standpunkt des Pädagogen aus hat Else Croner, beherzigenswerte Winke gegeben: „Knaben imponiert ein Lehrer aus zwei Gründen, wenn er sein Fach wirklich beherrscht, etwas weiß und kann und wenn er die Fähigkeit des kameradschaftlichen Umgangstones hat. Bei den Mädchen kom-

men ganz andere Dinge in Betracht. Die Möglichkeit der Einwirkung richtet sich bei ihnen fast ausschließlich nach dem Grade der Beliebtheit ihres Lehrers. Der Lehrer für seine Persönlichkeit begeistert, der nie das kameradschaftliche Moment über die Autorität siegen läßt, der durch sein Aeußeres imponiert, der weder durch Lachen noch durch Weinen aus dem Gleichgewicht gebracht wird, der taktvoll einen Unterschied zwischen Empfindung und Empfindlichkeit zu machen versteht und auch außerhalb der Schule seinen Nimbus zu wahren weiß, wird bei Mädchen die besten Erfolge erzielen. Das gilt nicht nur für den Lehrer, das trifft uneingeschränkt auch für den Schulzahnarzt zu".

Zum Schlusse sei mir gestattet, Herrn Professor Dr. Fritz Faber für die Ueberlassung des Themas, Uebernahme des Referats, sowie Durchsicht der Arbeit ergebenst zu danken.

Literaturverzeichnis.

Adler, Ueber den nervösen Charakter, Grundzüge einer vergleichenden Individual-Psychologie und Psychotherapie. 4. Auflage, München J. F. Bergmann 1928.

Balters, Psychotechnik, D. Fortschr. d. Zahnh. Bd. I S. 693 ff. 1925.
Psychotechnik, D. Fortschr. d. Zahnh. Bd. II S, 676 ff. 1926.
Psychotechnik, D. Fortschr. d. Zahnh. Bd. III S. 689 ff. 1927.
Psychotechnik, D. Fortschr. d. Zahnh. Bd. IV S. 752 ff. 1928.
Psychotechnik, D. Fortschr. d. Zahnh. Bd. V S. 726 ff. 1929.
Psychotechnik, D. Fortschr. d. Zahnh. Bd. VI S. 678 ff. 1930.
Psychotechnik, D. Fortschr. d. Zahnh. Bd. VII S. 726 ff. 1931.
Psychotechnik, D. Fortschr. d. Zahnh. Bd. VIII S. 667 ff. 1932.

Birnbaum, Handwörterbuch der medizinischen Psychologie, Leipzig 1930.

Bonet, Zahnheilkunde bei Kindern. Odontologica 40 S. 221 ff. 1931.

Bunge, Schulzahnpflege in Kassenkliniken. Zahnärztl. Mitt. XXI Nr. 39 Sp. 1021 und Nr. 40 Sp. 1097 1930.

Cameron, Dentistry und the nervous child. (Zahnheilkunde und das nervöse Kind) Brit. dent. Journ. Bd. 48 Nr. 19 S. 1177 ff. 1927.

Croner, Psyche der weiblichen Jugend. S. 46, 47 Langensalza 1924.

Dahnke, Automobilisierte Schulzahnpflege. Zeitschr. Gesundh.fürs. und Schulgesdh.pfl. II S. 348 1931.

Doherti, Treatment of the teeth of the pre-school child. (Zahnbehandlung des Vorschulkindes) Brit. dent. Journ. Bd. 52 Nr. 8 1931.

Dwyer, Dentistry for children. (Zahnbehandlung von Kindern). Dent. Items 53 S. 348—354 1931.

Ebbinghaus, Grundzüge der Psychologie 1913/19.

Erismann, Angewandte Psychologie. Sammlg. Göschen 744.

Fellinger, Die Psyche des Kindes und der Schulzahnarzt. Schulzahnpflege XVII Nr. 10 S. 41 1929.

Franzheim, Die automobile Schulzahnklinik der Stadt Köln. Z. Rdsch. XXXIX Nr. 15 Sp. 643 1930.

Frenzel, Querschnitt durch die Schulzahnpflege. Z. Mitt. XXII Nr. 17 1931.

Fürstenheim, Psychopathische Kinder beim Zahnarzt. Schulzahnpflege. Sonderbeilage d. Z. Mitt. 22 S. 35—36, 38—40 und 43—44 1931.

Gebhardt, Beitrag zur Psychologie der zahnärztlichen Anamnese. Wissenschaftl. Beilage d. Z. Mitt. Nr. 12 S. 91. 1924.

— Der Schulzahnarzt als gerichtlicher Sachverständiger. D.Z.W. Nr. 10 S. 164 ff. 1925.

— Erkennungsirrtümer in der zahnärztlichen Kinderpraxis. Korrespondenzblatt f. Zahnärzte Nr. 10 S. 325 ff. 1927.

— Inwieweit darf oder muß Schulzahnpflege individuell betrieben werden? D.Z.W. Nr. 13 S. 201 ff. 1927.

— Zur Schulzahnpflege. Z. Mitt. XX Nr. 15 S. 216 1929.

— Probleme der freien und organisierten zahnärztlichen Kinderbehandlung. D.Z.W. Nr. 18 S. 988 ff. 1930.

— Die sozialzahnärztliche Versorgung der psychopathischen Kinder. Zeitschr. f. Gesundh.-Verwaltung und Gesundh.fürs. v. 20. VI. 1932 S. 270 ff.

— Eine Viertelstunde Kinderpraxis. D.Z.W. Nr. 53 S. 1253 ff. 1933.

Giese, Theorie der Psychotechnik, Grundzüge der praktischen Psychologie I 1925.
Gradison, What to do with children's teeth. (Wie behandelt man das Kindergebiß? Dent. Surgeon XXVI Nr. 1275 S. 172 1929.
Hall, Ausgewählte Beiträge zur Kinderpsychologie und Pädagogik. (deutsch v. Stimpfl) 1902.
Höfler, Psychologie 1930.
Hübner, Fehlgriffe in der Zahnerhaltungskunde. Fortschr. der Zahnh. Bd. V S. 476 1929.
Hustede, Psychologische Vorbedingungen bei der Festsetzung schulzahnärztlicher Behandlungszeit. Z.Rundschr. XXXVI Nr. 33 S. 566 1927.
Johnson, Children's dentistry. (Kinderzahnheilkunde). Dom. dent. Journ. XLI Nr. 8 S. 249 1929.
Jordon, Le traitement des dents des enfants. (Die Zahnbehandlung bei Kindern). Editions Semaine Dentaire Paris 1926.
Kafka, Handbuch der vergleichenden Psychologie Bd. I S. 321 Kinderpsychologie v. Giese 1922.
Kantorowicz, Psychologische Vorbedingungen bei der Festsetzung der schulzahnärztlichen Behandlungszeit. Z. Rundschau XXXVI Nr. 35 S. 599 1927.
Körner, Automobile Schulzahnklinik. Schulzahnpfl. XIX Nr. 2 S. 5 1931.
— Die Durchführung ländlicher Schulzahnpfiege mit Autoklinik. D.Z.W. Nr. 20 1931.
— Kind und Zahnarzt. Gesdh. Dienst IV S. 44 1931.
Kretschmer, Medizinische Psychologie. Leipzig 1930.
Kronfeld, Psychotherapie-Charakterologie. Berlin 1925.
— Behandlung der Kinderzähne. Zeitschr. f. Stomatologie Nr. 5 S. 375 1927.
— Fortschritte der Psychotherapie. Fortschr. Neur. Psychiatr. und Grenzgebiete II S. 43 1930.
— Zur Technik der Psychotherapie. Fortschr. Neur. III S. 80 1931.
Kußmaul, Untersuchungen über das Seelenleben des neugeborenen Menschen.
Lipmann, Psychologische Charakteristik des zahnärztlichen Berufes und psychologische Berufseignung des Zahnarztes. Z. Mitt. XX Nr. 10 1929.
Mohr, Psychophysische Behandlungsmethoden. Leipzig 1926.
Münsterberg, Grundzüge der Psychotechnik. 1917.
Noland, The psychologie of handling the child patient. (Die Psychologie in der Behandlung des kindlichen Patienten). Journ. of Am. Dent. Ass. 16 S. 320—325 1929.
Priester, Die Einführung in die Psyche des Patienten. D.Z.W. Bd. II S. 997 1932.
Rankin, Dental psychologie. (Dentale Psychologie). Dent. Rec. XLVIII Nr. 9 S. 529 1928.
Robotham, Children's dentistry. (Ueber Zahnheilkunde bei Kindern) Dent. Cosmos 73 S. 1 1931.
Rosenhaupt, Die Psyche des Kindes bei operativen Eingriffen. Vortrag geh. auf der 51. Jahresversammlung des zahnärztlichen Vereins zu Frankfurt a. M. 1914 D.M.f.Z. S. 715 1914.
Roy, Importance du facteur psychologique dans le traitement des enfants. (Die Wichtigkeit der Psychologie in der Behandlung des Kindes). L'Odontologie XLVI Nr. 3 S. 146 1926.
Schrickel, Der Kampf der Schulzahnkliniken gegen die Angst kindlicher Patienten. Gesh. Dienst IV S. 39 1931.

Schultz, Seelische Krankenbehandlung. Jena 1923.
— Die Bedeutung der Psychotherapie für den Zahnarzt. Fortschr. d. Zahnh. Bd. II, S. 716 1926.
— Psychotherapie. Fortschr. d. Zahnh. Bd. V S 741 1929.
Stain, Childrens dentistry in general practice. (Kinderzahnbehandlg. in der Allgemeinpraxis). The Australian Dent. Summary VI Nr. 12 S. 541 ff. 1926.
Sternberg, Ueber Schmerzbekämpfung und Schmerzverhütung in der Schulzahnklinik. Z.Rundsch. XXXIX Nr. 1 Sp. 24 1930.
Tholuck, Die Behandlung der Milchzähne. H. Meußer, Berlin, 1931.
Schulzahnpflege. Fortschr. d. Zahnh. Bd. I S. 1053 ff. 1925.
Schulzahnpflege. Fortschr. d. Zahnh. Bd. II S. 1094 ff. 1926.
Schulzahnpflege. Fortschr. d. Zahnh. Bd. III S. 1131 ff. 1927.
Schulzahnpflege. Fortschr. d. Zahnh. Bd. IV S. 1119 ff. 1928.
Schulzahnpflege. Fortschr. d. Zahnh. Bd. V S. 1135 ff. 1929.
Schulzahnpflege. Fortschr. d. Zahnh. Bd. VI S. 1067 ff. 1930.
Schulzahnpflege. Fortschr. d. Zahnh. Bd. VII S. 1113 ff. 1931.
Schulzahnpflege. Fortschr. d. Zahnh. Bd. VIII S. 986 ff. 1932.
Tomlinson, Anaesthetics and extractions for children. (Anaesthesie und Extraktionen bei Kindern). Brit. dent. Journ. 72 S. 69 1931.
Tracy, The problem of dentistry for children. (Das Problem der Zahnbehandlung von Kindern). Dent. Outlook 18 S. 399 1931.
Tyson, Some observations on the handling and treatment of children (Einige Betrachtungen über den Umgang mit Kindern und deren Behandlung). Brit. dent. Journ. XLVII Nr. 1 S. 8 1926.
— Some observations on the dental care of children with particular reference to the control of fear. (Betrachtungen über die Zahnpflege bei Kindern unter besonderer Berücksichtigung der Bekämpfung des Angstgefühls). Dent. Rec. XLIX Nr. 8 S. 379 1929.
Vita, Die Psychologie des Kindes im zahnärztlichen Sprechzimmer. Rev. Odontologica Nr. 12 S. 852—855 1931.
Willet, Radikaler Bruch mit Theorien und Methoden der Kinderzahnheilkunde. Journ. of Am. Dent. Ass. Bd. 14 Nr. 7 1932.
Woodcock, The psychologie of child patient. (Die Psychologie des kindlichen Patienten). Dent. Cosmos 73 S. 274—279 1931.
Wundt, Grundriß der Psychologie 1906.
Ziegler, Anästhesie in der zahnärztlichen Kinderpraxis. Z.Rundschr. XXXIV Nr. 32 1925.

Lebenslauf.

Als Sohn der Dentisteneheleute Josef und Anna Lauerer, bin ich, Anton Lauerer am 14. März 1911 in Planegg Bez.-Amt München geboren.

Ich bin katholischer Religion und besuchte vom 6 bis zum 10. Lebensjahr die Volkshauptschule in Planegg; am 1. Mai 1921 machte ich die Aufnahmeprüfung in die Realschule in Pasing. Nach dem Besuch von 6 Klassen trat ich am 15. April 1927 in die Oberrealschule III in München über, woselbst ich mich der Reifeprüfung unterzog.

Vom 1. Mai 1930 bis zum Wintersemester 1933/34 besuchte ich zum Studium der Zahnheilkunde die Universität in München bestand dortselbst 1931 das zahnärztliche Physikum mit dem Prädikat „Sehr gut" und im Herbst 1933 das zahnärztliche Staatsexamen mit „Gut".

Am 12. III. 1934 wurde ich mit dem Prädikat „cum laude" zum Dr. med. dent. promoviert auf Grund der Arbeit: „Die Psychologie in der Zahnbehandlung des Kindes".